

Південноукраїнський медичний науковий журнал



ISSN 2306-7772

11
2015

ЗМІСТ

Антонюк О. П. МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНИХ СТРУКТУР.....	5
Бакун О. В., Гримайло Н. А. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	10
Бакун О. В., Молокус І. В. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	13
Бакун О. В., Шкрібляк У. В. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	16
Батрак О. А., Завада Н. П., Рябова І. С. ВИКОРИСТАННЯ СТИМУЛЯТОРІВ РОСТУ МІКРООРГАНІЗМІВ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ БІОМАСИ.....	19
Бельзєцька М. І., Боднарчук В. В., Гресько М. Д. ПОРУШЕННЯ У СИСТЕМІ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.....	22
Бербець А. М. ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, ТА УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ.....	25
Шматенко О. П., Белозьорова О. В. ПОГЛЯД НА МІСЦЕ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	31
Бузаєв Ю. В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	37
Ваколюк О. Б. ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ І-ГО РОКУ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТА ДІТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	40
Варсан Е. Б. НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ С БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПОГИБШИХ ЛЮДЕЙ.....	43
Венгер О. П. ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	47
Воронєцька Ю. В., Гресько М. Д. ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ЧУТЛИВОСТІ ДО ІНСУЛІНУ І АБДОМІНАЛЬНИМ ТИПОМ ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ.....	53
Гладух Є. В., Омельченко П. С. РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ТАБЛЕТОК З ГУСТИМ ЕКСТРАКТОМ СОБАЧОЇ КРОПИВИ.....	56
Городецька І. Я., Попель О. О. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ МІСТА ОБЛАСНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ.....	59
Гошовська А. В., Гошовський В. М. ГЕСТАЦІЙНЕ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ДІАГНОСТИКА ЗРІЛОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ.....	62
Гресько М. Д., Дудко Ю. О., Бондарук В. В. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НАДМІРНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ.....	65
Гресько М. М. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ.....	68
Деркач В. Г., Васкан Ж. В. БІОЛОГІЧНІ РИТМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	70
Дудка І. В., Дудка Т. В., Андрусак О. В. ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	74

Бакун О. В.
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства та гінекології
Буковинського державного медичного університету

Шкрібляк У. В.
студентка

Буковинського державного медичного університету

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Анотація: В статті наведені нові дані щодо патогенезу безпліддя, асоційованого з ендометріозом. Наведені нові дані щодо лікування безпліддя, асоційованого з ендометріозом з урахуванням етіопатогенезу.

Аннотация: В статье наведены новые данные о патогенезе бесплодия, ассоциированного с эндометриозом. Наведены новые данные о лечении бесплодия, ассоциированного с эндометриозом с учетом этиопатогенеза.

Summary: A new data about pathogenesis of infertility, associated with endometriosis has been described. A new data about treatment of infertility associated with endometriosis, according to etiopathogenesis has been described.

Ендометріоз – патологічний процес, при якому за межами порожнини матки відбувається добро-якісне розростання тканини, за морфологічними і функціональними властивостями подібної ендометрію [3, с. 5]. Частота цього захворювання коливається від 7 до 50% у жінок репродуктивного віку. Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання на ендометріоз (від 12 до 27% оперованих гінекологічних хворих). Крім того, є дані про збільшену частоту захворювання серед родичів хворих у порівнянні із загальною популяцією. Таким чином, своєчасна діагностика і повноцінне лікування ендометріозу має величезне значення [7, с. 9]. У діагностиці ендометріозу як захворювання всього організму значення має інформація, що отримується як загальноклінічними методами обстеження (порушення самопочуття, їх тривалість, періодичність, циклічність, конкретна симптоматика, пов'язана з ураженням того чи іншого органу як всередині малого тазу, так і в інших локалізаціях), так і спеціальним гінекологічним обстеженням, інструментальними, лабораторними і гістологічними методами.

Що ж стосується діагностики ендометріозних гетеротопій як анатомічних субстратів, то найбільш важливими сигналами про їхню наявність вважаються: болі в ділянці тазових органів, безпліддя, пухлиноподібні утворення, які виявляються при гінекологічному дослідженні, ознаки ускладнень (типу розриву кісти яєчника, інфікування, проростання в кишківник, сечоводи та ін). За нашими даними, скарги на диспареунію пред'являють 26 – 70% пацієнток, які страждають на генітальний ендометріоз, безпліддя – 46–50%. Ознаками внутрішнього ендометріозу є: маткова кровотеча, дисменорея і зміни розмірів матки [10, 12]. В даний час також визнається, що одним з основних симптомів аденоміозу є порушення менструальної функції: поліменорея (у 56,1% хворих), незначні кров'яністі виділення в перед-і постменструальному періоді у 35,2% хворих, тривалість менструацій, що становить 10 – 12 днів. Альгоменорея (за термінологією багатьох авторів – дисменорея) більш виражена при вузловій формі і зустрічається у 77,2% хворих на внутрішній ендометріоз [1, 4]. Глибокий інфільтруючий ендометріоз в ді-

лянці дугласового простору або крижово-маткових зв'язок викликає різкі болі, які іррадіують в піхву, пряму кишку, промежину, стегна. Особливо характерна дисменорея, а також болі при дефекації і в положенні сидячи. Більш поверхневі фіброзні спайки, що оточують старі пошкодження очеревини, викликають більш дифузні, постійні болі, що іррадіують в поперекову ділянку або в стегна. Нові поверхневі пошкодження без фіброзних спайок зазвичай викликають дисменорею. При ретроцервікальному ендометріозі основна скарга – це тупий біль у глибині таза та попереково-крижовій області, значно посилюються напередодні та під час менструації, а також при статевому акті [2,6,8]. Піхвові і ректальні дослідження дозволяє виявити на задній поверхні істмічної частини матки щільне утворення (вузол, конгломерат) 4 – 5 см в діаметрі, що збільшується в розмірах і набуває різку болючість напередодні та під час менструації. Однією з найбільш частих причин звернення хворих з ендометріозом за лікарською допомогою є безпліддя. Для окремих варіантів ендометріозу, що характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в області придатків матки, доведено, що безпліддя є прямим наслідком таких пошкоджень, як злукова деформація фімбріями, повна ізоляція яєчників періоваріальними злуками, пряме пошкодження тканин яєчників ендометріозних кіст, оклюзія фаллопієвих труб (рідко) і ін. Одним з найбільш важливих методів діагностики ендометріозу, незважаючи на широке впровадження в практику сонографії і лапароскопії, з урахуванням особливостей клініки бімануального об'єктивного гінекологічного обстеження [11, 13, 14]. Бімануальне дослідження дозволяє оцінити величину матки, її консистенцію, форму, характер поверхні, запідозрити наявність пухлиноподібного утворення в області придатків матки, ущільнення в позашийковій області і болючість стінок малого тазу при дослідженні, а також злукового процесу в малому тазу і забезпечує цінну діагностичну і диференціальну – діагностичну (особливо від онкологічних захворювань) інформацію. Використання кольпоскопії дозволяє уточнити місце і форму ураження ендометріозом піхвової частини шийки матки і слизової оболонки дистального відділу цервікаль-

ний канал. При локалізації ендометріозу в проміжній частині слизової цервікального каналу найбільш швидко дані може дати цервікоскопія, виконана за допомогою фіброгістероскопа. При поєднанні візуального і кількісного (комп'ютерного) аналізу гістеросальпінгограм точність діагностики вузлової форми аденоміоза підвищується до 93%. Типовою картинкою при дифузній формі внутрішнього ендометріозу характеризується наявність «самостураних тіней» різної довжини і форми, що виникають від локалізації ендометріюїдних вогнищ. Довжина тіней може становити від 2–4 мм до 1–2 см. З усіх рентгенологічних методів найбільш швидко може метод спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), що дозволяє точно визначити характер патологічного процесу, його локалізацію, зв'язки з сусідніми органами, а також уточнити анатомічний стан порожнини малого таза, зокрема при ендометріюїдних інфільтратах ретроцервікальної зони і параметрів (79 і 77% відповідно), достовірності яких іншими, у тому числі й інвазивними, методами утруднена. Одним з найбільш доступних і широко поширених методів діагностики ендометріозу є ультразвуковий метод дослідження. Цей метод не дозволяє виявити поверхневі імплантати, однак забезпечує надійну діагностику ендометріюїдних кіст яєчників (до 95%). Метод допомагає уточнити локалізацію кісти, її динаміку під час терапії та ін. При внутрішньому ендометріозі (інтрамурально-істмічній локалізації) діагностична цінність сонографії складає в залежності від ширини процесу 57–93%. При ретроцервікальній локалізації ендометріозу точність правильності визначення наявності або відсутності захворювання дорівнює 95%. Одним із найбільш точних методів діагностики ендометріозу в даний час вважається лапароскопія. При діагностиці ендометріозу яєчників, наприклад, цей метод забезпечує точність 96%. При локалізації гетеротопій на поверхні порожнини та точність лапароскопічної діагностики досягає 100% [3, 6, 9]. Лапароскопія забезпечує при цьому можливість визначення величини імплантатів, їх кількості, зрілості (за кольором і формою), активності. Недоліком методу є труднощі діагностики слабких інфільтративних форм гетеротопій, а, навпаки, при внутрішньо матковому ендометріозі його наявність лапароскопічно може бути діагностовано тільки при ураженні всієї товщі матки з порушенням серозної оболонки. Лапароскопічною ознакою аденоміозу є мармуровість поверхні матки. Гістероскопія при діагностиці внутрішнього ендометріозу забезпечує чутливість до 83%. Якщо раніше вважали, що під час гістероскопії, проведеної на 6–7-й день менструального циклу, при внутрішньому ендометріозі повинні бути обов'язково ендометріюїдні ходи, з яких може надходити кров, то тепер можливість візуалізації ходів у ряді випадків є дискусійною. Доведено, що більш характерними гістероскопічними критеріями аденоміозу є зміна рельєфу порожнини матки, наявність нерівного склястого малюнка, який не змінюється після видалення функціонального шару ендометрію.

трію, рубців, крипт [2]. Існує більше 20 різних видів поверхневих вогнищ ендометріозу на очеревині малого таза. Розрізняють червоні вогнища, геморагічні пухирці, васкуляризовані поліповидні вогнища; чорні вогнища, зморщується, класичні чорні вогнища; білі вогнища, рубцеву тканину з деякою пігментацією або без неї; атипові вогнища, інші осередки, якщо їх наявність підтверджено гістологічним дослідженням. Встановлено, що червоні осередки за своїми морфологічними та біохімічними властивостями є найбільш активною стадією розвитку вогнища. Петехіальні вогнища частіше зустрічаються у підлітків і повністю зникають до 26-річного віку. Із збільшенням віку червоні геморагічні осередки заміщуються пігментованими і фіброзними вогнищами і у літніх жінок переважають чорні та білі рубцеві вогнища. Неяскрава забарвлення і зміни кольору вогнищ можуть призводити до труднощів встановлення діагнозу шляхом безпосереднього візуального спостереження, і ендометріоз діагностується шляхом знаходження біопсій з ділянок нормальної очеревини. Точність діагностики ендометріюїдних кіст при лапароскопії становить 98 – 100%. Лапароскопічними ознаками типової ендометріюїдної кісти є: кіста яєчника не більше 12 см в діаметрі (в основному 7 – 8 см); спайки з бічної поверхнею таза та / або із заднім листком широкої зв'язки; кольору «згорілого пороху» або дрібні червоні, або сині плями з зморщуванням поверхні; дьогтеподібне, густе, шоколадно-забарвлений вміст. Крижово-маткові зв'язки часто інфільтровані інвазивними формами ендометріозу, який може проявлятися як явні, білясті вузлики, іноді з невеликою кількістю геморагічних вкраплень. Найбільш доступними в даний час є визначення онкоантигенів CA 125, PEA і CA 19-9, аналіз яких здійснюється відносно нескладним і нешкідливим методом (імуноферментного аналізу (ІФА), а також визначення РО-тесту (універсального діагностичного тесту на пухлинний ріст, заснований на фіксацію змін параметрів агрегації, яка визначається в реакції імуно-ШОЕ). Встановлено, що в сироватці крові у здорових осіб концентрації онкомаркерів CA 125, CA 19-9 і PEA становлять у середньому 8,3, 13,3 і 1,3 нг / мл відповідно. У той час як при ендометріозі ці показники становлять у середньому 27,2, 29,5 і 4,3 Од / мл відповідно. Однак у деяких нетипових випадках, коли всі інші дані негативні, діагноз ендометріозу встановлюється тільки на основі гістологічного дослідження тканин, отриманих шляхом біопсій, наприклад, при лапароскопії або в ході хірургічного видалення вогнищ. Оперативне видалення вогнища ендометріозу або знищення його за допомогою одного з видів енергій (лазера, електро-, кріодії) є єдиним методом ліквідації патологічного процесу. Хірургічне лікування ендометріозу направлено на максимальне видалення ендометріюїдних вогнищ і може бути єдиним методом при повному видаленні ендометріюїдних гетеротопій – кіст яєчників, імплантатів на очеревині, крижово-маткових зв'язках та в інших локалізаціях [11]. При підході до вибору об-

сягу втручання в останні роки абсолютна більшість авторів солідарні в тому, що навіть при поширених формах ендометріозу слід по можливості дотримуватися принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії і вдаватися до радикальних

операцій тільки в тих випадках, коли вичерпані всі інші можливості як оперативного, так і медикаментозного лікування. Це особливо важливо для пацієнток репродуктивного віку, зацікавлених у збереженні або відновленні генеративної функції [14].

ЛІТЕРАТУРА:

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2007. – 30 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
3. Басаков В.П. Эндометриозная болезнь. / В.П. Басаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2008. – 452 с.
4. Кротенко К.П. Диференційовані підходи до лікування ендометріозу: Одеський медичний журнал 2012 р. № 1 ст.44–46
5. The effect of hormones on endometriosis development / C. Parente Barbosa, A. Bentes De Souza, B. Bianco, D. Christofolini // Minerva Gynecol. – 2011. – Vol. 63(4). – P. 375–386.
6. Мовтаева Х. Р. Клинико-морфологическая и иммуногистохимическая характеристика эндометриоза: дис. ... канд. мед. Наук: 14.00.15 Х. Р. Мовтаева. – М., 2010. – 126 с.
7. Захаренко О.С., Юзько О.М., Захаренко Л.В. Генітальний ендометріоз як причина жіночого безпліддя: Неонатологія, хірургія та перенатальна діагностика Т.3, №1(7), 2013, ст. 76 – 79
8. Ревчук Н.В. Особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок із генітальним ендометріозом: Вісник наукових досліджень, 2010, №4.
9. Юрєнева С.В. Эндометриоз – заболевания «вне возраста»: Проблемы репродукции, 4, 2011 р. – ст. 67-73
10. Веропотвелян П.М., Веропотвелян М.П., Воленко Н.В., Погуляй Ю.С. Эндометриоз. Етіологія, патогенез, спадкові аспекти.: Педіатрія, акушерство та гінекологія №5, 2010р.
11. Яремко М.І. Вагітність та пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі: ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ № 1(57)/2011, ст. 153-154
12. Вдовиченко Ю.П. Лікування ановуляторного безпліддя за наявності гормонально-імунологічних порушень / Ю.П.Вдовиченко, А.Д.Вітюк // Здоровье женщины. – 2011. – №8 (64). – С. 180-183.
13. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis / H.N.Sallam, J.A.Garcia–Velasco, S.Dias [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – N 1:CD004635
14. The impact of IVF procedures on endometriosis recurrence / L.Benaglia, E.Somigliana, P.Vercellini [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol.1481. – P.49-52.